CONCOURS D'AGRÉGATION D'OBSTÉTRIQUE
(1923)

---

# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Henry EPARVIER



---

LYON
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY
4, RUE GENTIL, 4
—
1923



## TITRES ET FONCTIONS UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (Lyon, 6 juillet 1916).

Chef de Laboratoire de la Clinique obstétricale (1920-1921).

Chargé des Fonctions de Chef de Clinique obstétricale (1921-1922).

Chef de Clinique obstétricale (Concours de juillet 1922).

admissible au Concours d'agrégation 1923

## FONCTIONS DANS L'ENSEIGNEMENT

Propédeutique a la Clinique obstétricale, depuis novembre 1920. jusqu'au 31 octobre 1927

Cours d'Accouchement aux Élèves Sages-femmes externes, depuis 1920. jusqu'en 1925

Cours pratiques d'Accouchement, pendant les vacances des années 1921 ~~et~~ 1922, 1923, 1924, 1925, 1926 et 1927.

Cours aux Élèves Sages-femmes internes et externes depuis 1925 jusqu'à mainte[nant]

## TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hopitaux de Lyon (Concours de juin 1907).

Interne des Hopitaux de Lyon (Concours de juin 1911).

Accoucheur chargé du Service de garde et des suppléances dans les Hopitaux de Lyon (admissibilité au Concours d'accoucheurs des Hôpitaux de Lyon de janvier 1920).

Accoucheur des hôpitaux à la suite du Concours du 4 avril 1927

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon (1919).

Elu Secrétaire des Séances, en 1920.

## ŒUVRES D'ASSISTANCE

Médecin consultant de l'Œuvre lyonnaise de la Goutte de Lait, depuis 1920.

Médecin consultant adjoint de la Mutualité maternelle de Lyon, depuis 1921.

Président de la Mutualité maternelle depuis 1926
Vice-président de l'Union française des mutualités maternelles (1927)
Médecin consultant du comité commun pour l'hygiène de l'enfance depuis
Médecin consultant adjoint de la Nourricerie départementale du Vinatier (1925)

Membre de la Section lyonnaise de l'œuvre de Grancher —

## TITRES MILITAIRES

Médecin Aide-Major de 1[re] classe, depuis 1917.

Mobilisé le 2 aout 1914 :

1° Au 2e Régiment d'artillerie de campagne ;
2° Au 34e Régiment d'artillerie de campagne jusqu'en février 1917;
3° Ambulance divisionnaire 4/6 ;
4° Chef d'Equipe chirurgicale (Ambulance 18/6, juin 1918).

## CITATION

Une citation a l'Ordre du Régiment (15 novembre 1916).

# LISTE DES PUBLICATIONS

1. **Fracture du crâne avec hémorragie sous-arachnoïdienne secondaire** *(Société Nationale de Médecine de Lyon,* 1912 ; en collaboration avec M. G. Cotte).

2. **Lithiase salivaire. Signe de Garel. Hernie intermittente de la sous-maxillaire** *(Société des Sciences médicales de Lyon,* 1912 ; en collaboration avec M. Leriche).

3. **Accident primitif de syphilis par contamination extragénitale : chancre du menton au niveau d'une plaie par rasoir** *(Sciences médicales de Lyon,* 1914 ; en collaboration avec M. Bonnet).

4. **Méningite aiguë à méningocoques avec arthrites multiples chez un nourrisson de quatre semaines** *(Société médicale des Hôpitaux de Lyon,* 1920 ; en collaboration avec M. Péhu).

5. **Rétention d'un fœtus et de ses annexes d'une durée de trois mois avec momification** *(Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon,* 1911 ; en collaboration avec le Professeur Fabre).

6. **Examen histologique d'un placenta retenu plusieurs mois dans la cavité utérine** *(Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon,* 1912 ; en collaboration avec le Professeur Fabre).

7. **Infection puerpérale et fièvre typhoïde** *(Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon,* 1912 ; en collaboration avec le Professeur Fabre).

8. **Prophylaxie de la fièvre puerpérale. Son application dans un Service d'enseignement** : Résultats obtenus au cours des deux années 1912-1913 à la Clinique obstétricale de Lyon. (*Thèse inaugurale*, Lyon, 1916).

9. **Cinq cas de grippe mortelle de la grossesse et des suites de couches** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1919 ; en collaboration avec M. le Professeur agrégé Voron).

10. **Encéphalite léthargique et grossesse** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1920 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

11. **Arthrite suppurée de la symphyse pubienne au cours d'une infection puerpérale** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1920 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

12. **Streptococcémie intermittente dans un cas de septicémie puerpérale mortelle** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1920 ; en collaboration avec le Professeur Fabre).

13. **Trois accouchements dans des bassins coxalgiques** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1921 ; en collaboration avec le Professeur Fabre).

14. **Occlusion intestinale dans le post-partum** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1921 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

15. **Infection urinaire dans les suites de couches** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1921).

16. **Cloisonnement vertical du vagin** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

17. **Un cas de bassin oblique ovalaire de Nægele** (*Réu-*

*nion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

18. **Hydrocéphalie diagnostiquée pendant la grossesse** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922 ; en collaboration avec M. le Professeur agrégé Trillat).

19. **Grossesse ectopique et fibrome** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922 ; en collaboration avec MM. Cotte et Rabot).

20. **Deux accouchements provoqués chez une hystérotomisée** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922 ; en collaboration avec M. Sautereau).

21. **Trois cas d'accouchement après myomectomie** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922).

22. **Cinq cas d'hémorragie méningée chez le nouveau-né traités par la ponction lombaire** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1922).

23. **Dystocie gémellaire par accrochement des têtes** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1923 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

24. **Présentation du bregma** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1923).

25. **Sur quelques modalités cliniques des hémorragies méningées du nouveau-né** (*Journal de Médecine de Lyon*, 1923 ; en collaboration avec M. Rhenter).

26. **Ostéite syphilitique du tibia fistulisée à la naissance** (*Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon*, 1923 ; en collaboration avec M. le Professeur Commandeur).

---

27.FIBROME UTERIN AYANT SIMULE UNE GROSSESSE INTERROMPUE. (Société obstétricale et gynécologique de Lyon, 1923,encollaboration aved M.le Professeur Commandeur)

28.ENFANT MACERE PESANT 7 KIL.100.(Société obstétricale et gynécologique de Lyon,1923.)

29.TRANSFUSION SANGUINE PAR LE SINUS LONGITUDINAL SUPERIEUR CHEZ UN NOUVEAUÉNE ATTEINT DE MEELOENA GRAVE.GUERISON. (en collaboration aved M.le Professeur Commandeur. Soc.obst.et gyn.de Lyon 1924.)

30.RELEVEMENT IMMEDIAT DU FRONTAL PAR LE TIRE-FOND.(en collaboration avec M.le Professeur Commandeur.Soc.obst. et gyn.de Lyon,1924.)

31.RUPTURE UTERINE AU COURS D'UN ACCOUCHEMENT AVEC PLACENTA PROEVIA CENTRAL.(encollaboration avec M.Charleux, soc.obstétricale et gynécologique de Lyon,1924).

32.SPINA BIFIDA OPERE DES LA NAISSANCE.(encollaboration avec M.Rendu,soc?obst.etgyn.de Lyon.1924.)

33.BASSIN OBLIQUE OVALAIRE CONSECUTIF A UNE COXALGIE.(en collaboration avec M.le Professeur Commandeur, soc.obst.et gyn.de Lyon,1924).

34.HEMATOME DU CUIR CHEVELU CHEZ UN NOUVEAU-NE.(soc.obst. et gyn.de LYON,1924.)

FIBROME UTERIN AYANT SIMULE UNE GROSSESSE INTERROMPUE. (Société obstétricale et gynécologique de Lyon, 1923,en collaboration avec M.le Professeur Commandeur)

ENFANT MACERE PESANT 7 KIL.100.(Société obstétricale et gynécologique de Lyon,1923.)

TRANSFUSION SANGUINE PAR LE SINUS LONGITUDINAL SUPERIEUR CHEZ UN NOUVEAU-NE ATTEINT DE MELOENA GRAVE.GUERISON (en collaboration avec M.le Professeur Commandeur. Soc.obst.et gyn.de Lyon 1924.)

RELEVEMENT IMMEDIAT DU FRONTAL PAR LE TIRE-FOND.(en collaboration avec M.le Professeur Commandeur.Soc.obst. et gyn.de Lyon,1924.)

RUPTURE UTERINE AU COURS D'UN ACCOUCHEMENT AVEC PLACENTA PROEVIA CENTRAL.(en collaboration avec M.Charleux, soc.obstétricale et gynécologique de Lyon,1924).

SPINA BIFIDA OPERE DES LA NAISSANCE.(en collaboration avec M.Rendu,soc.obst.et gyn.de Lyon,1924.)

BASSIN OBLIQUE OVALAIRE CONSECUTIF A UNE COXALGIE.(en collaboration avec M.le Professeur Commandeur, soc.obst.et gyn.de Lyon,1924).

HEMATOME DU CUIR CHEVELU CHEZ UN NOUVEAU-NE.(soc.obst. et gyn.de LYON,1924.)

35.UN CAS D'ANEMIE GRAVE DE LA GROSSESSE.GUERISON.(en collaboration avec M.PIGEAUD.Soc.obst.et gyn.deLYON).1924.

36.RUPTURE DU SEGMENT INFERIEUR AU NIVEAU DU PROMONTOOIRE TRAITEE PAR TAMPONNEMENT.GUERISON.(en collaboration avec MM.Voron et Banssillon,soc.obst?et gyn.de LYON 1925).

37.RECIDIVE DE DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1925).

38.DES LIGAMENTOPEXIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA FECONDATION, LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES.(Prix Bouchacourt 1925,en collaboration avec M.Michon).

39.PARALYSIE FACIALE CROISEE CONSECUTIVE A UNE APPLICATION DE FORCEPS.Soc.obst.et gyn.de Lyon 1925).

40.ACCOUCHEMENT SPONTANE APRES INCISION DU COL DANS UN BASSIN RETRECI AVEC CICATRICES CERVICO-VAGINALES.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon 1925)

41;DEUX CAS D'HYDRAMNIOS AVEC ANENCEPHALIE.(Soc.d'obst.et gyn. de LYON,1925,en collaboration avec M.Gaucherand).

42.CANCER DU COL UTERIN ET GROSSESSE.CESARIENNE ET AMPUTATION DE PORRO.CURIETHERAPIE.(Soc:d'obst.et gyn.de Lyon.1925 EN COLLABORATION avec MM.Commandeur et Michon.).

43.ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE A TERME.OEUF TRES VOLUMINEUX. (Soca d'obst.et gyn?de LYon,1926.)

44.CANCER DU SEIN ET GESTATION.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon. 1926,en collaboration avec M.Santy.).

UN CAS D'ANEMIE GRAVE DE LA GROSSESSE.GUERISON.(en colla-
boration avec M.PIGEAUD.Soc.obst.et gyn.de LYON).1924.

RUPTURE DU SEGMENT INFERIEUR AU NIVEAU DU PROMONTOIRE
TRAITEE PAR TAMPONNEMENT.GUERISON.(en collaboration avec
MM.Voron et Bansillon.soc.obst.et gyn.de LYON 1925).

RECIDIVE DE DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA.(Soc.d'obst.
et gyn.de Lyon 1925)

DES LIGAMENTOPEXIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA FECONDATION
LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES.(Prix Bouchacourt
1925,en collaboration avec M.Michon)

PARALYSIE FACIALE CROISEE CONSECUTIVE A UNE APPLICATION
DE FORCEPS.Soc.obst.et gyn.de Lyon 1925).

ACCOUCHEMENT SPONTANE APRES INCISION DU COL DANS UN BASSIN
RETRECI AVEC CICATRICES CERVICO-VAGINALES.(Soc.d'obst.
et gyn.de Lyon 1925)

DEUX CAS D'HYDRAMNIOS AVEC ANENCEPHALIE.(Soc.d'obst.et gyn
de LYON.1925,en collaboration avec M.Gaucherand).

CANCER DU COL UTERIN ET GROSSESSE.CESARIENNE ET AMPUTATION
DE PORRO.CURIETHERAPIE.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon.1925
EN COLLABORATION avec MM.Commandeur et Michon.).

ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE A TERME.DEUX TRES VOLUMINEUX.
(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon.1926.)

CANCER DU SEIN ET GESTATION.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon.
1926.en collaboration avec M.Santy.).

45.FIBRO-SARCOMES DE LA PAROI ABDOMINALE ET GROSSESSE. (Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1926?en collaboration avec M.le Professeur Patel.)

46.TROIS CESARIENNES BASSES DONT DEUX SOUS RACHI-ANESTHESIE. Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1928).

47.TROIS CAS D'HEMORRAGIE GRAVE DU POST-PARTUM.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1928,en collaboration avec M.Trillat.)

48.QUATRE ANESTHESIES RACHIDIENNES OBSTETRICALES SUIVANT LA METHODE DE DELMAS.(Soc.d'obst?et gyn.de Lyon,1928).

49.RUPTURE D'UNE GROSSESSE TUBAIRE AU COURS D'UN EXAMMEN CLINIQUE AVEC INONDATION PERITONEALE.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1929).

50.HEMORRAGIE PAR RETENTION PLACENTAIRE UN MOIS ARRES UN ACCOUCHEMENT A TERME.PERFORATION UTERINE AU COURS DE L'EXPLORATION DIGITALE.(Soc.d'obst.et gynde Lyon 1929).

51.HUIT OBSERVATIONS D'EVACUATION EXTEMPORANEE DE L'UTERUS PAR LE PROCEDE DE DELMAS.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon 1929).

52.INFARCTUS GRAVE IMMEDIATEMENT ARRES L'ACCOUCHEMENT.(Soc. d'obst.et de gyn.de Lyon.1929).

FIBRO-SARCOMES DE LA PAROI ABDOMINALE ET GROSSESSE. (Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1926)en collaboration avec M.le Professeur Patel.)

TROIS CESARIENNES BASSES DONT DEUX SOUS RACHI-ANESTHESIE. Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1928).

TROIS CAS D'HEMORRAGIE GRAVE DU POST-PARTUM.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1928,en collaboration avec M.Trillat.)

QUATRE ANESTHESIES RACHIDIENNES OBSTETRICALES SUIVANT LA METHODE DE DELMAS.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1928).

RUPTURE D'UNE GROSSESSE TUBAIRE AU COURS D'UN EXAMMEN CLINIQUE AVEC INONDATION PERITONEALE.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1929).

HEMORRAGIE PAR RETENTION PLACENTAIRE UN MOIS APRES UN ACCOUCHEMENT A TERME.PERFORATION UTERINE AU COURS DE L'EXPLORATION DIGITALE.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon 1929).

HUIT OBSERVATIONS D'EVACUATION EXTEMPORANEE DE L'UTERUS PAR LE PROCEDE DE DELMAS.(Soc.d'obst.et gyn.de Lyon 1929).

INFARCTUS GRAVE IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT.(Soc. d'obst.et de gyn.de Lyon,1929).

53. TROIS CAS D'EVACUATION DE L'UTERUS SOUS RACHI-ANESTHESIE (Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1929).

54. QUATRE CESARIENNES BASSES DONT UNE ITERATIVE.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1929.):

55. ETUDE DES POINTS D'OSSIFICATION DU GENOU DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA MATURITE FOETALE.(Memoire présenté au concours d'agrégation de 1926)

56. CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES SECONDAIRES TARDIVES DU POST-PARTUM.(Thèse de Chapuis,Lyon XXXXX 1929 et étude statistique en cours de trente-neuf hémorragies secondaires observées dans les services de la charité)

TROIS CAS D'EVACUATION DE L'UTERUS SOUS RACHI-ANESTHESIE (Soc.d'obst.et gyn.de Lyon,1929).

QUATRE CESARIENNES BASSES DONT UNE ITERATIVE.(Soc.d'obst. et gyn.de Lyon,1929.).

ETUDE DES POINTS D'OSSIFICATION DU GENOU DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA MATURITE FOETALE.(Memoire présenté au concours d'agrégation de 1926)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES SECONDAIRES TARDIVES DU POST-PARTUM.(Thèse de Chapuis,Lyon XXXX 1929 et étude statistique en cours de trente-neuf hémorragies secondaires observées dans les services de la charité) et [illegible] m.de L[illegible] 1929).

[illegible] PLACENTAIRE [illegible] MOIS APRES UN [illegible] A TERME, [illegible] AU [illegible] EXPULSION [illegible] (Soc d'obst.et gyn.de Lyon [illegible]).

[illegible] TIONS D'EVACUATION EXTEMPORANEE DE L'UTERUS PAR LE PROCEDE DE [illegible] (Soc.d'obst et gyn.de Lyon [illegible]).

[illegible] GRAVE [illegible] APRES L'ACCOUCHEMENT.(Soc. d'obst.et de gyn.de Lyon,1929).

# PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

## Rétention d'un fœtus et de ses annexes d'une durée de trois mois avec momification.

Le fœtus était âgé de quatre mois ; la rétention n'occasionna à aucun moment, chez la malade, de troubles mécaniques ou infectieux. L'étiologie ne put être déterminée.

## Examen histologique d'un placenta retenu plusieurs mois dans la cavité utérine.

Il s'est produit une sorte de dégénérescence aseptique des tissus. Du côté des villosités, les vaisseaux ont disparu, amenant l'atrophie du syncitium et, au contact de ces éléments morts, la précipitation de la fibrine du sang maternel.

## Infection puerpérale et fièvre typhoïde.

Le diagnostic de la nature de l'infection a été très difficile. Aucun élément ne permettait d'attribuer à la puerpéralité cette infection grave. C'est par élimination, comme du reste dans la plupart des cas, qu'on pensa à la dothiénentérie. Les moyens de laboratoire (séro-diagnostic) ne donnèrent aucune confirmation. Seule l'autopsie permit, par la constatation de lésions intestinales, à vrai dire discrètes (une plaque de Peyer), d'admettre le diagnostic de fièvre typhoïde.

**Prophylaxie de la fièvre puerpérale. Son application dans un service d'enseignement. Résultats obtenus au cours des deux années 1912-1913 à la Clinique obstétricale de Lyon.**

Cette étude, faite sous la direction du professeur Fabre, met en relief le rôle primordial de la prophylaxie dans l'infection puerpérale.

a) *Prophylaxie au cours de la grossesse :* Soins d'hygiène de la femme enceinte, réduction au strict minimum des lavages vaginaux ;

Importance de l'asepsie et de l'antisepsie de l'accoucheur dans l'examen gynécologique de la femme enceinte ; l'emploi des gants de caoutchouc fait dans la plus large mesure.

b) *Prophylaxie au moment de l'accouchement :* La réduction au minimum des touchers vaginaux ;

La réduction au minimum des manœuvres au moment de l'issue de l'enfant et pendant la période de délivrance ;

L'emploi, en cas d'intervention, du lavage intra-utérin antiseptique ;

On use avantageusement des antiseptiques non toxiques, particulièrement l'émulsion térébenthinée du professeur Fabre.

c) *Prophylaxie dans les suites de couches :* L'abstention de toute manœuvre et de tout lavage, non formellement indiqués par une complication infectieuse.

Dans une seconde partie, cette étude a trait à la mise en œuvre des moyens prophylactiques de l'infection puerpérale dans un service d'enseignement obstétrical.

a) *Le triage méthodique des femmes enceintes et accouchées,* permettant la séparation *absolue* des femmes apyrétiques et des infectées.

b) *La possibilité de pratiquer de façon très précoce cet isolement en décelant la présence d'agents pathogènes dans les lochies et dans le sang :* culture des lochies ; recherche du streptocoque ; hémoculture.

c) *La division du personnel médical, infirmier, stagiaire, en catégories distinctes* : le personnel concernant le service aseptique n'ayant aucun rapport avec celui concernant le service septique (infirmerie).

d) Enfin, l'*adaptation de l'architecture obstétricale à toutes ces nécessités, permettant l'existence d'un cloisonnement étanche du service.*

Une statistique portant sur deux années d'exercice de la Clinique obstétricale de Lyon met en évidence que, pendant les années 1912 et 1913, sur 2.300 accouchements, la mortalité a été nulle et la morbidité absolue totale s'est élevée à 12 pour 100.

## Cinq cas de grippe mortelle de la grossesse et des suites de couches.

. Sur ces cinq cas, quatre moururent avec des accidents pulmonaires (bronchopneumonie grippale).

Un cinquième retint davantage notre attention par son allure clinique particulière : il s'agissait d'une jeune femme au terme de sa grossesse, qui présenta un syndrome hydrophobique : spasmes douloureux du pharynx, céphalée, agitation ; elle mourut, sans autre signe, subitement. Les bruits fœtaux n'étaient plus perçus au moment de la mort.

L'autopsie ne nous révéla aucun signe macroscopique permettant d'identifier une lésion bulbo-protubérantielle.

## Encéphalite léthargique et grossesse.

Il s'agissait d'une jeune femme au terme de sa grossesse, qui vint à l'hôpital pour des troubles nerveux, que l'on mit tout d'abord sur le compte d'une chorée gravidique. L'accouchement passa pour ainsi dire inaperçu dans ce cortège symptomatique. Bientôt le syndrome, banal à ce moment, d'encéphalite léthargique se manifesta, et la malade mourut sans qu'on put faire son autopsie.

Ce cas semble se rapprocher singulièrement du syndrome bulbo-protubérantiel publié, un an auparavant, par M. VORON et moi.

## Arthrite suppurée de la symphyse pubienne au cours d'une infection puerpérale.

Il s'agissait d'une jeune femme ayant une infection puerpérale à forme pyohémique : l'évolution dura un mois. Vers le treizième jour après son accouchement, un œdème prépubien très douloureux apparut. Une ponction exploratrice ne donna aucun résultat.

L'autopsie nous révéla une disjonction complète de la symphyse, les deux pubis étant séparés par quatre centimètres ; une grande quantité de pus envahissait l'espace de Retzius.

Sur le même sujet, nous constatâmes une thrombose purulente des veines utéro-ovariennes et de la veine rénale gauches. Le rein gauche était un gros rein blanc. Nombreux infarctus de la rate.

## Streptococcémie intermittente dans un cas de septicémie puerpérale mortelle.

L'observation publiée est celle d'une femme gravement infectée (accouchement par le siège laborieux; hémorragie; délivrance artificielle) amenée à l'infirmerie de la Clinique obstétricale le troisième jour après son accouchement. Après une phase d'amélioration apparente, survient au treizième jour un frisson ; une phlébite double se constitue. Dès lors, l'état général décline, et la mort survient le vingt-sixième jour après l'accouchement.

L'hémoculture sur agar, pratiquée huit jours après le premier frisson, présenta un grand nombre de colonies streptococciques.

Le lendemain et le surlendemain deux cultures furent négatives. Et deux jours avant la mort, quelques colonies seulement furent constatées.

Ces constatations analogues à celles faites par d'autres observateurs (Bassard, 1906 ; Gonnet, *l'Obstétrique*, 1907 ; Fabre et Bourret, 1910 ; Fabre et Rhenter, *Réunion obstétricale*, 1911), permettent une véritable classification des infections streptococciques ;

1° Formes à streptococcémie *passagère* (après le frisson), à pronostic relativement favorable ;

2° Formes à streptococcémie *continue*, à colonies peu nombreuses ;

3° Formes à colonies croissantes, à pronostic grave ;

4° Formes à colonies décroissantes, parfois intermittentes, (prises de sang faites toujours loin du frisson). Dans certaines de ces formes, particulièrement sévères, la disparition brusque des colonies précède la mort de très peu de temps.

Ce sont des faits constatés qui appellent une explication, qui n'a pas encore été donnée.

## Trois accouchements dans des bassins coxalgiques.

Ces trois observations viennent confirmer la notion d'incertitude qui est classique dans le pronostic de l'accouchement chez les coxalgiques.

Chez la première les dimensions pelviennes, et surtout le redressement de l'arc antérieur et la projection de l'ischion, avaient fait poser la question de la césarienne. L'accouchement provoqué quelques jours avant terme donna un enfant vivant de poids normal.

Pour la seconde, c'est la radiographie qui donna les renseignements les plus précieux sur la forme du bassin, apparemment compatible avec un accouchement normal à terme. Les faits justifièrent la conduite expectative adoptée.

La troisième présentait des déformations osseuses encore plus accentuées. C'est l'ensemble des constatations cliniques qui imposa la ligne de conduite : vingt-cinq jours avant le terme l'engagement de la tête eut lieu et le segment inférieur se forma.

Là encore naquit à terme un enfant de poids très normal.

## Occlusion intestinale dans le post-partum.

L'accouchement n'avait présenté, chez cette femme, aucune particularité. On avait noté seulement une exagération des vomissements pendant le travail (un vomissement vert avait été

observé). Diminution passagère des vomissements après l'accouchement, puis recrudescence avec coloration verte.

Vingt-quatre heures après l'accouchement, les signes d'occlusion sont au complet.

L'intervention d'urgence montre des lésions anciennes de péritonite plastique, des brides qui stricturent l'intestin grêle près de l'angle iléo-cæcal. L'une de ces brides (on en fit la constatation nécropsique) était jetée comme un pont entre la région cæcale et la paroi abdominale antérieure, croisant le ligament large.

Il s'agissait donc de lésions péritonéales anciennes ; l'accouchement avait déclenché les phénomènes d'occlusion, sans doute par mobilisation et torsion de ces véritables ligaments.

Le diagnostic délicat était à faire avec ces phénomènes de parésie intestinale, de météorisme, si fréquents dans les suites de couches, qui, eux, sont justiciables de la simple expectative.

**Infection urinaire dans les suites de couches.**

J'ai publié deux cas d'infection urinaire observés à l'infirmerie de la Clinique obstétricale au même moment chez des femmes en période de suites de couches. Chez ces deux malades, il s'est agi d'infections colibacillaires généralisées, ayant donné lieu à des signes généraux assez importants.

Chez l'une de ces malades, aucun phénomène local ne fut constaté : seule une oligurie trouble (colibacille) marqua la nature urinaire de l'infection.

Chez l'autre, la douleur nettement localisée au rein existait. Toutes deux guérirent rapidement (quinze jours, et vingt et un jours) par un traitement exclusivement médical auquel on dut adjoindre pour l'une d'elles des lavages vésicaux quotidiens au nitrate d'argent.

**Cloisonnement vertical du vagin.**

La femme qui présentait cette anomalie était entrée à la Clinique à cause de la durée prolongée du travail (quarante-deux heures). Le toucher pratiqué à ce moment révéla une cloison vaginale médiane divisant la cavité en deux comparti-

ments. Il s'agissait d'une bride, qui, jetée en pont sur le col et adhérant à celui-ci, empêchait la dilatation et, fait curieux, donnait des impressions différentes aux différents observateurs sur la situation droite ou gauche du col.

Après une section simple de la bride, qui nécessita un tamponnement par suite de l'hémorragie, la dilatation s'effectua sans incident. Dans une exploration faite pour pratiquer une délivrance artificielle, on constata l'existence d'une crête médiane large et saillante occupant presque toute la hauteur de la paroi antérieure de l'utérus.

## Un cas de bassin oblique ovalaire de Nægele.

Cette femme primigeste de vingt-deux ans arrive à la Clinique en travail depuis trente-quatre heures, ayant fait les eaux depuis sept heures. La température est à 38 degrés. Les eaux qui s'écoulent sont boueuses.

Aucune progression n'ayant lieu dans la dilatation, le col étant résistant et le segment formé, deux incisions latérales sont pratiquées sous le contrôle de la vue. L'enfant qui souffrait succomba. Une basiotripsie put être pratiquée à travers le col devenu suffisant. Le toucher pratiqué aussitôt après la sortie de l'enfant révéla une asymétrie forte du bassin.

Dès que la femme put se lever, l'examen externe fit faire le diagnostic de bassin oblique ovalaire : pas de boiterie, asymétrie générale de tronc, asymétrie de la région fessière : sillon interfessier oblique, absence de saillie d'une hanche, scoliose (voir fig. 1). La radiographie confirme nettement ce diagnostic (voir fig. 2).

Ce qui nous a frappé dans cette observation, c'est :

1° La presque évidence du diagnostic par la seule inspection;

2° La difficulté considérable au contraire du diagnostic par le toucher par le fait de la situation asymétrique de la symphyse et de la non-évidence du promontoire déplacé ;

3° Les déformations de la colonne lombaire sans compensation sur le reste du rachis ;

4° La netteté du diagnostic apportée par la radiographie.



Fig. 1.

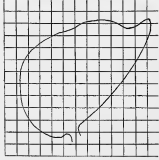


Fig. 2. — Le côté d'un petit carré = 1 cm.

### Hydrocéphalie diagnostiquée pendant la grossesse.

Chez cette femme, vue pendant le dernier mois de sa grossesse, on est frappé par le débordement de la tête. La partie supérieure de celle-ci se trouve à 17 centimètres au-dessus du pubis. En pratiquant le palper à deux mains, on obtient la sensation de fluctuation à travers la paroi abdominale. La radiographie d'une grande netteté confirme le diagnostic d'hydrocéphalie, vérifiée par la suite cliniquement.

### Syndrome de rupture de grossesse ectopique dans un cas de fibrome calcifié.

Dans ce cas, il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, ayant trois enfants, qui, n'ayant plus ses règles depuis quatre mois, avait présenté tous les signes subjectifs et objectifs de grossesse. Un épisode douloureux violent avec pertes rouges après deux mois de retard ; un utérus augmenté de volume et une masse latéro-utérine ; un nouvel accident très douloureux avec pertes rouges ; tout faisait croire à une grossesse ectopique rompue. Ce fut un utérus fibromateux porteur d'un fibrome calcifié sur la paroi droite que l'on découvrit au cours de l'intervention pratiquée d'urgence.

### Deux accouchements prématurés provoqués chez une femme ayant subi une opération césarienne.

La césarienne avait été faite huit ans avant le premier accouchement provoqué et avait du reste donné naissance à deux jumeaux morts quelques jours après. Le bassin est un peu aplati avec promonto-sous-pubien de 10,7 et arcs antérieurs de grand rayon.

L'accouchement provoqué trois semaines avant le terme par introduction d'une bougie de Krause donna naissance à un enfant, de 3.130 grammes, vivant qui, par la suite, s'est normalement développé.

L'utérus, dans les deux accouchements, n'a donné lieu à aucun incident, de par sa section ancienne.

### Trois cas d'accouchement après myomectomie.

J'ai publié ces trois cas, observés à la Clinique obstétricale en moins d'un an, car ils viennent augmenter le nombre de ceux publiés ces derniers temps, et confirmer l'idée que la myomectomie n'est pas incompatible avec la fonctionnalité normale de l'utérus. Dans les trois observations que j'ai signalées, deux myomectomies ont été pratiquées sur l'utérus en état de gravidité, une avant toute gravidité. Ni les unes ni les autres n'ont eu la moindre influence sur l'évolution de la grossesse, ni sur la marche de l'accouchement.

### Cinq cas d'hémorragie méningée chez le nouveau-né traités par la ponction lombaire.

J'ai eu l'occasion, en treize mois, à la Clinique obstétricale, de pratiquer cinq ponctions lombaires chez des nouveau-nés atteints d'hémorragie méningée. Dans un travail fait en collaboration avec M. Rhenter, dont on lira plus loin le résumé, nous avons relaté et commenté ces observations.

### Dystocie gémellaire par accrochement des têtes.

La rareté des dystocies par accrochement des jumeaux est telle que, dans tous les traités, les cas en sont signalés d'une façon très précise avec la référence à l'appui.

Le cas que nous avons publié a été extrêmement intéressant et nous avons pu reproduire la position respective des deux jumeaux que nous avons figurée ici.

La progression du travail était chez cette femme complètement arrêtée par le fait de l'insinuation de la tête du jumeau numéro 2 entre l'épaule du numéro 1 et le bassin maternel. Un toucher, qui permit de se rendre compte de ce fait, détermina la rupture des membranes de l'œuf numéro 1 et entraîna l'accrochement définitif des deux jumeaux. Deux forceps furent nécessaires, l'un sur OIGA, l'autre sur OIDP.

Le premier fœtus portait une dépression siégeant au niveau du pariétal droit avec maximum au niveau de l'oreille, s'éten-

dant, en avant de l'oreille, sur l'angle du maxillaire, la région parotidienne et la région massétérine.

Ces deux fœtus étaient morts depuis plusieurs heures au moment de l'extraction (voir fig. 3).



Fig. 3.

## Présentation du bregma.

La parturiante est une coxalgique qui ne présente pas de grandes déformations pelviennes et dont le bassin semble compatible avec l'accouchement d'un enfant de poids moyen.

Pendant toute la durée du travail, qui fut très long, les examens ont toujours révélé une attitude semblable de la tête : attitude intermédiaire entre la flexion et la déflexion (grande

fontanelle au centre du bassin). Un essai de modification pour amener la tête en flexion est resté vain.

J'ai dû faire une extraction au forceps, extrêmement laborieuse, qui a amené un enfant mort, dégagé en O. S. Ce dernier présentait un aspect tout à fait caractéristique : tête cylindrique à grand axe passant par le cou et la grande fontanelle ; face aplatie, nez pour ainsi dire écrasé ; chevauchement de l'occipital sur les pariétaux ; bref, une déformation correspondant bien à un mécanisme d'accouchement effectué en cette attitude intermédiaire. Cette présentation n'étant décrite comme spéciale que par les auteurs allemands, il a paru intéressant d'en signaler un cas pur qui a pu être suivi à chaque instant du travail.

## Sur quelques modalités cliniques des hémorragies méningées du nouveau-né.

Nous avons pu, M. Rhenter et moi, réunir à la Clinique obstétricale, en moins de deux années, sept observations d'hémorragies méningées chez le nouveau-né. Il s'agit d'enfants chez lesquels la ponction lombaire a ramené du liquide hématique, liquide rosé dans trois cas, liquide franchement sanglant dans les quatre autres. Six des mères sur sept étaient des primipares et cinq, sur ces six primipares, pouvaient, ayant dépassé trente ans, être considérées comme des primipares âgées. Un seul accouchement s'était produit avant terme (quinze jours), quatre observations mentionnent un léger degré de rétrécissement pelvien. Les présentations se firent six fois en sommet, une fois en siège. Les accouchements ne se terminèrent spontanément que dans deux cas, les périodes d'expulsion ayant duré respectivement une heure trente, et quinze minutes. Les autres accouchements furent terminés par deux manœuvres de Champetier, dont l'une après version, et trois forceps, dont deux très simples sur le plancher périnéal et un avec rotation artificielle. Sur les sept enfants, deux durent être ranimés après la naissance.

Les symptômes qui firent poser l'indication de la ponction lombaire apparurent chez quatre enfants dans les vingt-quatre premières heures, chez deux au deuxième jour, chez un au

septième jour seulement. Ils consistèrent en convulsions chez trois enfants, *dont l'un ne présenta qu'un clignotement des paupières ;* en raideur de la nuque chez deux autres, en une légère tension de la fontanelle chez un autre. Le dernier présenta, avec de la cyanose et de la dyspnée, un syndrome qui, à première vue, *paraissait tenir à des accidents pulmonaires.*

De ces sept enfants, deux moururent : l'un né spontanément dans un bassin normal et n'ayant subi qu'une ponction qui avait ramené du sang pur, l'autre un jumeau extrait par le forceps, chez lequel la ponction avait aussi ramené du sang presque pur. Les cinq guérisons furent obtenues chez des enfants qui subirent : un, une seule ponction lombaire ; trois, deux ponctions, et un, trois ponctions.

Si peu nombreuses que soient les observations rapportées, leur fréquence relative ne nous en est pas moins apparue comme digne de remarque, et nous estimons que cette fréquence apparaîtrait encore plus grande du jour où, de façon systématique, chacun, dans sa pratique, poursuivrait la recherche de ces lésions, soit au cours des autopsies, soit au cours des examens cliniques, en recourant plus volontiers à la ponction lombaire.

M. Lantuéjoul, dans sa remarquable thèse, inspirée en 1921, par le Professeur Brindeau, rapporte, recueillies au cours d'une seule année, dix-huit observations nécropsiques d'hémorragies méningées chez le nouveau-né ; nous-mêmes, à la Clinique obstétricale, avons, sur 28 cas, où la mort n'était pas due à une cause évidente (syphilis, macération, malformation, etc.), pu l'expliquer douze fois par la constatation d'une hémorragie méningée.

Au point de vue clinique, les symptômes sont tels, dans un grand nombre de cas, que le diagnostic s'impose *a priori*, et que la ponction lombaire ne fait en somme que le confirmer ; mais il en est d'autres où les symptômes cliniques ne se manifestent que sous une forme larvée, voire même capable d'égarer le diagnostic, et sur ceux-ci nous avons voulu spécialement attirer l'attention.

Une de nos observations en est un bel exemple, où, seul, un symptôme discret, en l'espèce l'ébauche d'un clignotement palpébral, attira l'attention, fit rechercher et constater un

*ralentissement des mouvements cardiaques*, et poser l'indication d'une ponction lombaire exploratrice. De même, dans une autre, les symptômes se présentaient avec tous les caractères d'une affection respiratoire, mais un léger degré de tension de la fontanelle fit soupçonner la lésion méningée : cette fois encore, la ponction lombaire permit de conclure. De telles modalités cliniques doivent certainement passer souvent inaperçues et nous admettrions volontiers qu'il peut exister de véritables *formes respiratoires* des hémorragies méningées, à côté d'autres où le *ralentissement des mouvements cardiaques* constituerait le seul symptôme probant.

La ponction lombaire, pratiquée de façon systématique, éclaire donc d'un jour très précis le diagnostic des hémorragies méningées du nouveau-né ; mais on peut lui demander davantage et l'ériger en véritable méthode thérapeutique. Ainsi que le faisait remarquer le Professeur Commandeur à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, en 1921, l'action du sang sur les méninges provoque une hyperproduction de liquide céphalorachidien, dont le résultat, par un mécanisme analogue à celui qu'on rencontre chez certaines éclamptiques, est l'apparition d'une crise convulsive. Il est donc logique d'enlever ce sang épanché, au besoin par ponctions répétées ; c'est la conduite que nous avons tenue chez les enfants dont nous avons pu publier les guérisons.

En résumé, l'analyse des symptômes des observations que nous avons pu réunir permet d'insister sur l'existence certaine de formes larvées d'hémorragies méningées du nouveau-né, à signes particulièrement discrets et fugaces, voire même trompeurs. La ponction lombaire, dont l'innocuité ne paraît plus discutable, devient alors une méthode de diagnostic dont il faut savoir largement user, et nous sommes convaincu que son emploi systématique fera découvrir un certain nombre d'hémorragies, autrement méconnues, et constituera un facteur important de leur guérison.

Mais, pour être souvent curables par cette méthode, les hémorragies méningées n'en restent pas moins redoutables, et encore avons-nous volontairement laissé de côté l'importante et troublante question de leur pronostic éloigné. Ce que nous avons surtout voulu mettre en valeur, c'est leur fréquence, plus

grande qu'on ne le pense peut-être, et qui doit être pour l'accoucheur l'objet d'une constante préoccupation.

La proportion des hémorragies méningées consécutives aux opérations obstétricales est relativement considérable, alors que d'autres peuvent être imputées, au cours d'un accouchement spontané, à une prolongation excessive de la période d'expulsion.

Le départ devra donc être fait entre une intervention trop hâtive et une expectation trop prolongée. Mais, s'il est des cas où la terminaison artificielle de l'accouchement s'impose, le danger qu'on évite l'emportant sans conteste sur celui qu'on fait courir, la fréquence plus grande en pareil cas des hémorragies méningées doit suffire à elle seule à faire rejeter le forceps de complaisance ou de commodité ou même l'emploi plus récent et trop souvent abusif des extraits hypophysaires.

## Ostéite syphilitique du tibia fistulisée à la naissance.

Cette observation faite en octobre 1921, à la Clinique obstétricale, est celle d'un enfant né un mois avant le terme normal d'une mère ne présentant à ce moment aucune manifestation apparente de syphilis.

L'enfant, pesant 2.300 grammes, présentait un pemphigus palmaire et plantaire caractéristique. Le placenta, pesant 600 grammes, était en disproportion manifeste avec le poids de l'enfant.

On notait en plus une lésion *ouverte* suintante à la partie supérieure du tibia gauche : une ostéomyélite gommeuse juxta-épiphysaire accompagnée d'une hyperostose très perceptible de la diaphyse. La radiographie reproduite ici (fig. 4) met bien ce fait en évidence. Une fracture existait au niveau de la gomme. La recherche d'une splénomégalie fut négative. La réaction de Wassermann fut très positive chez la mère.

Dès le premier jour, l'enfant fut soumis au traitement de l'arsénobenzol, à raison d'une injection intramusculaire de trois centigrammes tous les deux jours. Une amélioration de la plaie fut constatée, en même temps que la disparition complète du pemphigus. La courbe de poids fut nettement ascendante.

Vers le neuvième jour, on fit un essai de traitement mercuriel en supprimant le néo-salvarsan. L'état général devint moins bon, la plaie ne continua pas sa cicatrisation, au contraire. Aussi reprit-on le traitement au néo-salvarsan aux mêmes doses (0,03 tous les deux jours). La mère subit une série



Fig. 4.

de piqûres de néo-salvarsan et eut un traitement ioduré en même temps.

L'enfant, nourri au sein par sa mère, put quitter le service le cinquantième jour, pesant trois kilogrammes.

Il fut suivi à la consultation du dispensaire des maladies héréditaires jusqu'à maintenant. Localement, on dut pratiquer un curettage de la région ostéomyélitique. Actuellement la cicatrisation est complète. L'enfant, qui a dix-sept mois, pèse dix kilogrammes, et est parfaitement développé. Le membre inférieur présente assurément une fonctionnalité diminuée, mais l'état général est très sastisfaisant. Cet enfant a subi une trentaine de piqûres de 0,03 centigrammes de néo-salvarsan pendant les six premiers mois.

Il n'est plus maintenant soumis qu'à un traitement mercuriel intermittent : trente gouttes par jour de solution au 1/1000ᵉ de lactate mercurique.



Fig. 5.

Soc. an. Imp. A. Rey, 4, rue Gentil, Lyon. — 87488